

# **COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS**

## **Recommandations générales :**

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## **Pharmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **Biologie et Biologie :**

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## **Optique :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **Éducation :**

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## **Dentaire :**

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## **Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALP :**

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## **Adresses Mails utiles**

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## **Déclaration de Maladie**

N° M21- 0011298

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 09452 Société : RAM

☒ **Actif**

☐ **Pensionné(e)**

☐ **Autre**

Nom & Prénom : ZAHIDY Bouabid

Date de naissance : 11.02.1968

Adresse : 143 Bd OMAR RIF. Escalier 5 APPT 20 Casa

Tél. : 0626301902 Total des frais engagés : Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/02/2021

Nom et prénom du malade : BOUABID ZAHIDY

Age :

Lien de parenté :

☒ **Lui-même**

☐ **Conjoint**

☐ **Enfant**

Nature de la maladie : Affective Digestive

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 31.03.2021 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

## **VOLET ADHERENT**

Déclaration de maladie N° M21-011298

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
02 MAR 2021			2500	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/03/21	590,60

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	02/03/21	15	450
	07/03/21	8	600

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### VOLET ADHERENT

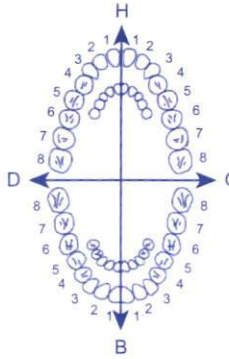
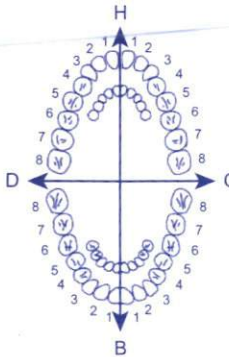
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bil

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR IKRAM HALLOULY

SPECIALISTE GASTRO-ENTEROLOGIE



الدكتورة إكرام الحلولي

إختصاصية أمراض الجهاز الهضمي والكبد

Foie, Estomac, Vésicule Biliaire, Intestins

Hémorroïde Fistule Fissure

Endoscopie Digestive, Echo-endoscopie

Echographie Abdominale - Nutrition

التهاب الكبد الفيروسي , المعدة , المرارة , الأمعاء

أمراض المخرج و جراحة البواسير

الكشف بالنضار و الصدى

التغذية العامة

Casablanca, le .....02/03/2021.....

Mr ZAHIDY BOUABID

102,00  
AULCER 20MG

1 Comprimé le matin, 1 Comprimé le soir avant le repas pendant 15 jours

6800  
MELAXIB 3,50 g/4,29 g/2,14 g pour 10 g Pâte orale en sachet B/6

1 Sachet le soir pendant 1 semaine

7500  
NATURAL SPRINT

2 Comprimés le matin, 2 Comprimés le midi, 2 Comprimés le soir après le repas pendant 1 semaine

2700x3  
ALIVIAR

1 Comprimé le matin, 1 Comprimé le midi, 1 Comprimé le soir après le repas pendant 15 jours

132,80 x 2  
EXIDEP 10MG

1 Comprimé le soir pendant 1 mois

Pharmacie REGIONALE  
80, Bd. Mohammed V  
Casablanca  
Tél. 0522 31 33 94

INP 092050244

AMM N°202/19 DMP/21/NCN  
BIOCODEX MAROC  
BP 128 NOUACEUR  
PPV 88.00 DH

590,60  
PHARMACIE REGIONALE  
TAZI Adnane

05 22 27 88 61 - 05 22 47 16 80

Dr. Ikram HALLOULY  
Spécialiste des Maladies de  
l'Appareil Digestif et Endocrinologie  
Tél. 05 22 27 88 61 / 05 22 47 16 80

7, Rue Bendahan - Bd Mohamed V - Casablanca - الدار البيضاء - شارع محمد الخامس - زنقة بن دحان

f : ikramhallouly - e : halloul@gmail.com

EXP :

Lot N°

PPV

LOT 20008  
PER 05/22  
PPV 132DH30

13230

EXP :

Lot N°

PPV

LOT 20008  
PER 05/22  
PPV 132DH30

13230

NATURAL  
sprint



90 Comprimés



925757787

Boîte de 20 gélules

Voie Orale

IBERMA



sulpiride

# ALIVIA<sup>®</sup>R

AMM N° : 427/17 DMP/21/NRQ

## 50 mg

ALIVIA<sup>®</sup>R 50 mg

20 Gélules



6 118000 230250

LIVR : 6 09 20  
PER : 12 / 2025  
PPV : 27.00 DH

27,00

Boîte de 20 gélules

Voie Orale

IBERMA



sulpiride

# ALIVIA<sup>R</sup>

AMM N° : 427/17 DMP/21/NRQ

## 50 mg

ALIVIA<sup>R</sup> 50 mg

20 Gélules



6 118000 230250

LIVR : 6 9 20  
PER : 12 / 2025  
PPV : 27.00 DH

27,00

Boîte de 20 gélules

Voie Orale

IBERMA



sulpiride

# ALIVIA<sup>R</sup>

AMM N° : 427/17 DMP/21/NRQ

## 50 mg

ALIVIA<sup>R</sup> 50 mg

20 Gélules



6 118000 230250

LIVR : 6 9 20  
PER : 12 / 2025  
PPV : 27.00 DH

27,00

# أولصير<sup>®</sup>

أوميزازول 20 ملغ

كبسولات مقاومة لأحماض المعدة

عن طريق الفم  
28 كبسولة

AULCER<sup>®</sup> 20 mg

28 Gélules



6 118001 220038

AMM N° : 570/17 DMP/21/NRQ

LOT : 20013  
PER : 10/2022  
PPV : 102,00 DH



IBERMA

Laboratoire pharmaceutique **IBERMA**  
ZI -Lot 149-Had Soualem- Maroc  
Sous licence laboratoire pharmaceutique  
**ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS CENTRUM, S.A.**  
Espagne Groupe A.S.A.C  
NADIA IBNTABET : Pharmacien responsable



## ORDONNANCE

Dr. Ikram HALLOULY  
Spécialiste des Maladies de  
l'Appareil digestif-endoscopie  
hépatologie-proctologie  
Tél 06 97 64 62 59 / 05 22 47 16 80

02 MAR 2021

Mr ZAHIDY BOUABID

. 1968.

Test Respiratoire  
d'HP.

Dr Ikram HALLOULY  
Spécialiste des Maladies de  
l'Appareil digestif-endoscopie  
hépatologie-proctologie  
Tél 06 97 64 62 59 / 05 22 47 16 80

**DOCTEUR IKRAM HALLOULY**  
SPECIALISTE GASTRO-ENTEROLOGIE



**الدكتورة إكرام الحلولي**  
إختصاصية أمراض الجهاز الهضمي و الكبد

Foie, Estomac, Vésicule Biliaire, Intestins  
Hémorroïde Fistule Fissure  
Endoscopie Digestive, Echo-endoscopie  
Echographie Abdominale - Nutrition

إلتهاب الكبد الفيروسي , المعدة , المرارة , الأمعاء  
أمراض المخرج و جراحة البواسير  
الكشف بالمنظار و الصدى  
التغذية العامة

02/03/2021

Casablanca, le .....

NOTE D' HONORAIRES  
DE MR BOUABID ZAHIDY

Echographie abdominale : K30.....400,00 DH

Test respiratoire d'HP : B800.....600,00 DH

Avec mes meilleures salutations.

DR. HALLOULY IKRAM  
7, Rue Bendahan - Bd Mohamed V - Casablanca  
Tel : 05 22 27 88 61 - 05 22 47 16 80  
INPE : 00011566000045

☎ : 05 22 27 88 61 - 05 22 47 16 80

📍 : 7, Rue Bendahan - Bd Mohamed V - Casablanca - زنقة بن دحان - شارع محمد الخامس , الدار البيضاء

📞 : ikramhallouly - ✉ : halloul@gmail.com

**Docteur Ikram HALLOULY**

**Spécialiste des Maladies de L'Appareil Digestif**

Foie, Estomac, Vésicule Biliaire, Intestins

Proctologie Hémorroïde Fistule Fissure

Endoscopie Digestive

Echographie Abdominale

Nutrition



**الدكتورة إكرام الحلولي**

**إختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي**

إلتهاب الكبد الفيروسي، المعدة، المرارة، الأمعاء

أمراض المخرج وجراحة البواسير

الكشف بالمنظار والصدى

التغذية و الحمية

Casablanca, Le  
**UREA BREATH TEST ANALYSIS**  
**HEPYSCREEN**

Visit No: 1

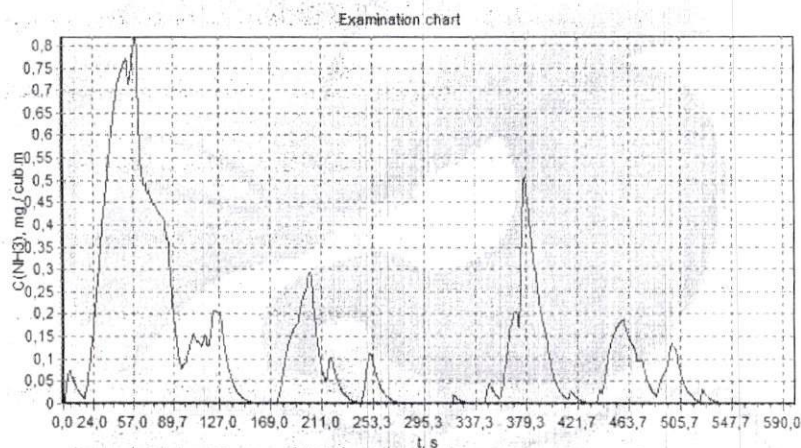
Examination date: 02.03.2021

Patient name: BOUABID ZAHIDY

Date of birth: dimanche 11 février 1968

Pain syndrome dynamic: first visit

General condition dynamic: first visit



I.I. (infection index): 0,15

Infection index meaning:

0 - 1.0 - negative

1.01 - 1.10 - slightly positive

1.11 and higher - positive

Doctor:

/s. HALLOULY/

Dr. Ikram HALLOULY  
Spécialiste des Maladies de  
l'Appareil Digestif et Endoscopie  
Tél: 06 97 64 62 59 / 05 22 47 16 80

7, Rue Bendahan - Bd Mohamed V - Casablanca Tél : 05 22 27 88 61 - 05 22 47 16 80

Gsm : 06 97 64 62 59 / E-mail : hallouluk@gmail.com

DOCTEUR IKRAM HALLOULY

SPECIALISTE GASTRO-ENTEROLOGIE



الدكتورة إكرام الحلولي

إختصاصية أمراض الجهاز الهضمي والكبد

Foie, Estomac, Vésicule Biliaire, Intestins  
Hémorroïde Fistule Fissure  
Endoscopie Digestive, Echo-endoscopie  
Echographie Abdominale - Nutrition

إلتهاب الكبد الفيروسي , المعدة , المرارة , الأمعاء  
أمراض المخرج و جراحة البواسير  
الكشف بالمنظار و الصدى

02/03/2021 التغذية العامة

Casablanca, le .....

**ECHOGRAPHIE ABDOMINALE DE MR ZAHIDY BOUABID**

- \* Les différentes coupes réalisées montrent :
- \* Foie hyperechogène homogène et de contours réguliers. ✓
- \* La vésicule biliaire est echotransparente, sa paroi est fine.
- \* La voie biliaire principale est de calibre normal.
- \* Les deux reins, le pancréas et la rate sont échographiquement normaux.
- \* Distension colique. ✓
- \* Pas d'épanchement péritonéal.
- \* Pas d'adénopathies profondes.
- \* A compléter par Bilan biologique.

Dr. Ikram HALLOULY  
Spécialiste des Maladies de  
l'Appareil digestif, Endoscopie  
hépatologie, Entérologie  
Tél. 06 97 64 62 58 16 80

DR HALLOULY

☎ : 05 22 27 88 61 - 05 22 47 16 80

7. زنقة بن دحان - شارع محمد الخامس , الدار البيضاء - Casablanca - Bd Mohamed V - Rue Bendahan - 7

f ikramhalloulu - ✉ : halloul@gmail.com